**FICHE DE LIAISON** **-**  **APICIL 2025**

**Date :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure Partenaire** **Prescripteur** **Nom du référent :****Adresse :****Tél :****Mail :** | **DESTINATAIRE****Les Ateliers du Présent**65 rue Voltaire – 69003 LYONTél : 04 37 48 04 19Mail : lesateliersdupresent@orange.fr |
|  |  |
| **PARTICIPANT** |
| NOM : …………………………………………….**Nom de naissance** : ……………………………… | PRÉNOM : ……………………………………………… |
| Date de naissance : ……………………………………. | Tél :…………………………………………………….. |
| Adresse : …………………………………………………………………………………………Mail : ……………………………………………………………………………………………… |
| **N° SS** :Mutuelle / Prévoyance : |
| [ ]  AAH [ ]  RQTH [ ]  PI [ ]  Autre (Précisez) :[ ]  Arrêt maladie **Date Entrée dans l’action**:  Jusqu’au :Inscrit au Pôle Emploi ? [ ]  oui [ ]  non Si oui lequel ? N° identifiant :**Contrat RSA ?** [ ]  **oui** [ ]  **non****Contrat IER ?** [ ]  **oui** [ ]  **non** |
| OBJET DE LA DEMANDE : |
| **Rendez-vous fixé le** *(à remplir par les ADP)* : **à : avec :** |
| RETOUR SOUHAITÉ : [ ]  OUI [ ] NON |